

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

Н.Г. Осипова, докт. социол. наук, проф., декан социологического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова*

СОЦИАЛЬНОЕ КОНСТРУИРОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

N.G. Osipova, professor, doctor of sociological sciences, dean of the Faculty of Sociology of The Lomonosov Moscow State University, e-mail: modernsoc@socio.msu.ru

THE SOCIAL CONSTRUCTION OF THE PUBLIC HEALTH

В статье анализируется роль социологии в научном управлении общественным, а именно — социальным конструированием, направленном на предупреждение негативного развития событий и создание желательных для индивида и общества социальных реалий.

Одной из областей социальной реальности, а также важнейшей сферой жизнедеятельности общества, подлежащей социальному конструированию, является общественное здоровье.

Общественное здоровье (здоровье населения) рассматривается как интегрированное выражение динамики индивидуальных уровней здоровья всех членов общества. Автор подчеркивает, что общественное здоровье людей формируется в результате взаимодействия двух групп факторов — эндогенных (пол, биологический возраст, раса, телосложение, наследственность и тип нервной системы человека) и экзогенных (природных и социальных) факторов. Последние создаются самими людьми в процессе их жизнедеятельности и являются управляемыми, т.е. социально конструируемыми.

В статье рассматриваются негативные процессы, связанные с общественным здоровьем, важнейшими из которых представляются сложная ситуация в системе здравоохранения, отсутствие у людей доверия к возможностям медицины. Не менее важная роль принадлежит ухудшению экологических условий жизни значительной доли населения и социальному стрессу. Если раньше ученые не уточняли, в какой степени угрозы нарушения глобальных экосистем связаны с состоянием здоровья и особенностями заболеваний населения, то в настоящее время установлено, что различные формы необратимого изменения окружающей среды непосредственно опасны для общественного здоровья.

С древности известен эффект несоответствия желаемого (абстрактно) и фактически возникающего будущего — эффект человеческой деятельности: люди желают одного, однако на самом деле все оканчивается иначе, практически, наоборот. А эти характеристики общественного душевного, психического состояния могут быть крайне противоречивы

* Осипова Надежда Геннадьевна, e-mail: modernsoc@socio.msu.ru

по отношению к знанию. Они лежат в основе так называемого “невольного поведения”, остающегося “вещью в себе”, без понимания того, что оно значит для будущего.

Одним из видов подобного поведения, а также серьезной социальной проблемой является нездоровый образ жизни современного человека, выступающий, в свою очередь, важнейшим фактором развития многочисленных заболеваний. С одной стороны, люди, особенно молодые, редко задумываются о последствиях вредных привычек, избыточного или неправильного питания, а также гиподинамии. С другой стороны, общество крайне мало делает для того, чтобы обучать людей берегающим здоровье технологиям. Особую проблему представляют интересы бизнеса крупных и мощных корпораций, которые рекламируют по телевидению, в газетах и журналах, в интернете интенсивное потребление лекарственных средств и нездоровой (искусственной) пищи.

Автор утверждает, что общественное здоровье может быть улучшено, если обеспечить достойное место выявлению и изучению конкретных социальных проблем, связанных с экзогенными факторами общественного здоровья. Даже определенные сдвиги в сторону обеспокоенности россиян такой социальной проблемой, как общественное здоровье, позволят сформировать новое общественное сознание, отражающее реальные и жизненно важные интересы личности и общества.

Ключевые слова: социальное конструирование, общественное здоровье, система здравоохранения, “невольное поведение”, образ жизни, берегающие здоровье технологии, эндогенные и экзогенные факторы общественного здоровья.

The article analyzes the role of sociology in the scientific management of society — namely — the social construction aimed at the prevention of adverse events and the creation of social realities desirable for the individual and society.

One of the areas of social reality, as well as the most important sphere of social life which are subject to social construction is public health.

Public health is considered as an integrated expression of the dynamics of individual levels of the health of all members of society. The author emphasizes that the public health of the people is formed by the interaction of two groups of factors — endogenous (sex, biological age, race, body type, heredity and type of the human nervous system) and exogenous (natural and social) factors. The last are created by people themselves in the course of their ability to live and are operated, that is socially designed.

The author analyzes the negative processes related to public health, the most important of which is a complex situation in the health system, lack of faith in the possibility of human medicine. An equally important role belongs to the deterioration of environmental significant share of people's living conditions and social stress.

If earlier scientists did not specify, in what degree of threat of infringement of global ecosystems are connected with a state of health and features of diseases of the population now it is established that various forms of irreversible change of environment are directly dangerous to public health.

From an antiquity the effect of discrepancy of the wished (abstractly) and actually arising future wished (abstractly) — effect of human activity is known: people wish one, however actually all terminates differently, practically, on the contrary. And these characteristics of a public sincere, mental condition can be extremely inconsistent in relation to knowledge. They are the basis of so-called “involuntary behaviors”, remaining “thing in itself”, without understanding what it means for the future.

One type of such conduct, as well as a serious social problem is the unhealthy lifestyle of modern man, speaking in turn, the most important factor in the development of numerous diseases. On the one hand, people, especially young ones, rarely think about the consequences of bad habits, excess or misuse of power, and physical inactivity. On the other hand, the company does very little to teach people health-saving technologies. The special problem is represented by interests of business of large and powerful corporations which advertise on TV, in newspapers and magazines, on the Internet, intensive consumption of medical products and unhealthy (artificial) food.

In authors view, public health can be improved by ensuring a worthy place to identify and study the specific social problems associated with exogenous factors of public health. Even some progress towards Russians concerns such a social problem as a public health will allow to generate the new public consciousness reflecting real vital interests of the person and a society.

Keywords: *social construction, public health, health system, “involuntary behaviors”, lifestyle, health-saving technologies, endogenous and exogenous factors of public health.*

С точки зрения современного науковедения социология выполняет в обществе два вида функций: гносеологические и собственно социальные. К гносеологическим функциям социологии относят познавательную-объяснительную и систематизирующую, а к социальным — информационную, критическую, прогностическую и социально-конструктивную¹.

Важной особенностью современной социологии стало смещение акцента с познавательной-объяснительной функции на социально-конструктивную функцию.

Как отмечали классики современной социологии Питер Бергер (Peter Ludwig Berger) и Томас Лукман (Thomas Luckmann, 1927–2016)², социальное конструирование — это процесс, “в котором человек творит реальность и тем самым творит самого себя”³. Со-

¹ Осипов Г.В. Введение в социологическую науку. М., 2010. С. 79.

² Томас Лукман скончался после продолжительной болезни в возрасте 88 лет 10 мая 2016 г.

Как сообщалось в некрологе, Немецкое социологическое общество (ассоциация) (DGS — Deutsche Gesellschaft für Soziologie) всегда будет чтить его память.

³ Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М., 1995. С. 295.

циально-конструктивная функция социологии заключается в предоставлении рекомендаций относительно преобразования социальной реальности на основе социально-научного знания, накопленного социологией. Другими словами, речь идет о научном управлении обществом, или *социальном конструировании*, направленном на предупреждение негативного развития событий и создание желательных для индивида и общества социальных реалий⁴.

Одной из областей социальной реальности, а также важнейшей сферой жизнедеятельности общества, подлежащей социальному конструированию, является общественное здоровье.

С позиций критической школы в современной социологии, основанной Пьером Бурдьё (Pierre Bourdieu, 1930–2002), многие понятия, особенно те, которыми оперирует и обыденное сознание, изначально являются социально заданными⁵, и поэтому не могут претендовать на абсолютную научную точность. Именно к такого рода понятиям и относятся понятия “здоровье индивидуума” (“индивидуальное здоровье”) и “здоровье населения” (“социальное здоровье”).

Действительно, понятие “здоровье индивидуума”, объединяющее медицинский и социальный аспекты, является относительным. В медицинском аспекте оно связано с большой широтой колебаний важнейших показателей жизнедеятельности человека и его органов, с состоянием приспособительных возможностей его организма. Часто “здоровье” противопоставляют “болезни”, определяя эти понятия через категорию “состояния”. Состояние (уровень) здоровья устанавливают на основании анализа личных (субъективных) ощущений конкретного человека в совокупности с объективными показателями, полученными путем клинических обследований, с учетом пола, возраста и прочих особенностей организма.

В социальном аспекте здоровье или болезнь имеют свою реальность и свое значение, которые могут существовать лишь внутри культуры, опознающей их в качестве таковых. Широко известно, что в Средние века здоровым (пригодным для найма на тяжелую физическую работу) считался мужчина, который имел во рту как минимум десять зубов.

В этом отношении основоположник социологии Эмиль Дюркгейм (David mile Durkheim, 1858–1917) писал: “...если условиться называть средним типом (здорового человека — *прим. Н.О.*), то аб-

⁴ Осипов Г.В. Указ. соч. С. 81.

⁵ Ленуар Р., Мерлье Д., Пэнто Л., Шампань П. Начала практической социологии / Отв. ред. и предисл. Н.А. Шматко; послесл. А.Т. Бикбова. М., 2001.

страктное существо, которое мы получим, соединив в одно целое, в нечто вроде абстрактной индивидуальности свойства, чаще всего встречающиеся в пределах вида и взятые в их наиболее распространенных формах, то можно сказать, что нормальный тип совпадает с типом средним и что всякое отклонение от этого эталона здоровья есть болезненное явление”⁶.

Согласно мнению американского антрополога, представительницы этнопсихологического направления в американской антропологии, профессора Колумбийского университета Рут Бенедикт (Ruth Benedict, 1887–1948), каждая культура выбирает некие возможности, которые составляют антропологическую констелляцию человека; каждая культура создает из болезни образ, характер которого очерчивается всеми вытесняемыми или подавляемыми ею антропологическими возможностями. При этом критерием нормальности является соответствие взглядам социальной среды, в которую погружен индивид⁷.

Интерес в данной связи также представляют идеи французского ученого Мишеля Фуко (Michel Foucault, 1926–1984), который выделил этапы социально-сконструированных представлений о градации психического здоровья и безумия⁸. Серьезную программу построения “Здорового общества” представил Эрих Фромм (Erich Seligmann Fromm, 1900–1980)⁹.

Общественное здоровье (здоровье населения) — это интегрированное выражение динамики индивидуальных уровней здоровья всех членов общества. С одной стороны, оно отражает степень вероятности для каждого человека достижения максимального уровня здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально продленной индивидуальной жизни. С другой стороны — характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности гармоничного роста и социально-экономического развития¹⁰.

Общественное здоровье в целом, как и здоровье отдельных социальных групп людей, определяется посредством анализа комплекса так называемых санитарно-статистических показателей — уровней

⁶ См.: Дюркгейм Э. Метод социологии // Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение. М., 1995.

⁷ Benedict R. Anthropology and abnormal // Journal of General Psychology. 1934. Vol. 10. P. 59–80.

⁸ Фуко М. Психическая болезнь и личность / Предисл. и коммент. О.А. Власовой. СПб., 2010.

⁹ Фромм Э. Здоровое общество. М., 2006.

¹⁰ Экология, охрана природы и экологическая безопасность / Под общ. ред. В.И. Данилова-Данильяна. М., 1997. С. 216.

смертности, рождаемости, заболеваемости, продолжительности жизни, физического развития и т.п. Формируется общественное здоровье людей в результате взаимодействия двух групп факторов — эндогенных и экзогенных.

К эндогенным факторам относятся, например, пол, биологический возраст, раса, телосложение, наследственность и тип нервной системы человека. Эти факторы индивидуальны, объективны, хотя и зависят в известной степени от особенностей конкретного человека. Под экзогенными факторами понимают природные (социально-экологические) и социальные факторы. Эти факторы оказывают непосредственное воздействие на общественное здоровье, но они, как правило, создаются самими людьми в процессе их жизнедеятельности и являются управляемыми, т.е. социально конструируемыми.

Так, эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что общественное здоровье зависит на 20% от наследственности и биологических особенностей организма, а на 80% — от социально-экологических, социально-экономических и собственно социальных факторов¹¹.

Безусловно, негативные процессы, связанные с ухудшением показателей общественного здоровья, имеют множество социально обусловленных причин. При этом большая часть из них имплицитно включает экологическую составляющую, поскольку как социально-экономические, так и наследственные факторы общественного здоровья непосредственно зависят от состояния окружающей среды.

В период зарождения социологии социальные статистики пытались выявить связь между здоровьем отдельных групп людей и социально-экологическими, а также санитарными условиями их существования только на локальных уровнях. В фокусе современных исследователей находится анализ взаимосвязи необратимого нарушения экосистем с состоянием здоровья и особенностями заболеваний населения на глобальном уровне¹².

Со второй половины XX в. в мире начался беспрецедентный рост городов-гигантов, а урбанизация как исторический процесс повышения роли городов в развитии общества наполнилась новым социальным содержанием. Особенности современной урбанизации состоят в ее динамизме, многообразии составляющих ее процессов, во влиянии на жизнь городов интегративных форм развития глобального сообщества, универсальности стилей и, од-

¹¹ Экология, охрана природы и экологическая безопасность. С. 218.

¹² Гидденс Э. Социология. М., 1999. С. 560.

новременно, в появлении новых качественных показателей в ряде решающих для городской жизни сфер.

Эти тенденции позволяют говорить об урбанизации как о глобальном социальном процессе, сущность которого обусловлена не только ростом городского населения, но и концентрацией важнейших экономических, финансовых и политических функций в крупнейших городах мира.

Жизнь города неизбежно оказывает негативное влияние на окружающую среду, вызывает ее деградацию, порождая широко-масштабные долгосрочные последствия, которые будут сказываться на протяжении жизни нескольких поколений¹³.

Сегодня наблюдается общая “природная патология” большого города: городская жизненная среда стала, как никогда прежде, болезнетворной и пагубной для здоровья человека¹⁴. Достаточно очень неблагоприятных атмосферных условий — отсутствия ветра, наличия смога или инверсии температуры, иногда, впрочем, того, другого и третьего вместе, — чтобы вредоносность загрязнения воздуха резко усилилась и трагически возросла смертность¹⁵.

Именно в крупных городах, особенно в мегаполисах, в силу загрязненности воздуха и воды, неправильного обращения с промышленными и особенно радиоактивными отходами, наблюдается рост показателей заболеваемости по всем классам болезней¹⁶.

Известно, что загрязнение воздуха отравляет человеческий организм, нарушает психические и физиологические функции, рефлексы и затрудняет управление автомобилями, снижает способность к умственной деятельности, вызывает расстройства зрения, астму, головокружение, тошноту, потерю сознания, бронхиты и рак легких¹⁷.

Плохой воздух больших городов является одной из главных причин более высокого процента смертности в них от некоторых болезней по сравнению с сельской местностью. В городах, имеющих более 100000 жителей, доля летальных исходов от воспаления легких, бронхита и рака у некурящих составляет соответственно 0,048, 0,062 и 0,015% вместо 0,032, 0,037 и 0% в сельской местности¹⁸.

¹³ *McGranahan G., Satterthwaite D.* Forthcoming: environmental health or ecological sustainability. Reconciling the brown and green agendas in urban development // *Sustainable Cities in Developing Countries* / Ed. by C. Pugh. L., 2000. P. 267.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Сен-Марк Ф.* Социализация природы. М., 1977. С. 170.

¹⁶ О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году: государственный доклад. М., 2003. С. 27.

¹⁷ *Сен-Марк Ф.* Социализация природы. М., 1977. С. 168.

¹⁸ *Chovin P., Roussel A.* La pollution atmosphérique. P., 1968. P. 78.

Ученые также выявили связь между загрязнением атмосферного воздуха и ростом у населения аллергических заболеваний (бронхиальной астмы, астматического бронхита, аллергического ринита, дерматита). Они доказали, что генетические мутации, вызванные загрязнением воздуха, могут передаваться по наследству¹⁹.

К серьезным нарушениям здоровья приводит загрязнение источников водоснабжения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно в мире из-за низкого качества питьевой воды умирает около 5 млн человек. Инфекционная заболеваемость, связанная с водоснабжением, достигает 500 млн случаев в год²⁰.

В России недопустимо большое количество проб питьевой воды не отвечает гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям²¹, а число случаев отравления обыкновенной питьевой водой порой достигает “чудовищных” цифр — 200 тыс. в год²². Цена риска и потери здоровья населения от потребления некачественной питьевой воды в целом по стране оценивается примерно в 33,7 млрд рублей в год²³.

Несоблюдение норм радиационной безопасности, как и нерешенность проблем упорядоченного обращения с промышленными отходами, приводит к образованию очагов радиоактивного загрязнения, что, в свою очередь, чревато очень серьезными последствиями для людей. Так, многочисленные данные, полученные за годы, прошедшие после Чернобыльской аварии, свидетельствуют о серьезных нарушениях состояния здоровья у всех категорий населения, подвергшегося воздействию радиоактивного облучения — ликвидаторов, эвакуированных и проживающих на загрязненных территориях. При этом рост показателей заболеваемости у ликвидаторов (по сравнению с контрольной группой) отмечается практически по всем основным классам болезней — системы кровообращения (в 7,8 раза), органов пищеварения (в 7,3 раза), нервной системы — (в 2,7 раза), болезней крови и кроветворных тканей (в 4,7 раза), учащаются онкологические болезни. В целом, показатель заболеваемости по всем видам болезней превышает среднестатистический в 2,1–9,8 раза²⁴.

¹⁹ Air pollution linked to DNA mutation // The Associated Press. 2004. 14 May.

²⁰ Коммерсантъ — ДЕНЬГИ. 2001. 21 февраля. № 7 (311).

²¹ О состоянии и охране окружающей среды Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2002 году: государственный доклад. СПб., 2003. С. 15.

²² РосБизнес Консалтинг — Новости. 2002. 18 мая.

²³ Ефимов К.М. Качественное водоснабжение как условие экологической безопасности // Россия на пути к возрождению. Социальная и социально-политическая ситуация в России в 2003 году / Под ред. Г.В. Осипова, В.Н. Кузнецова, В.В. Локосова. М., 2004. С. 110.

²⁴ Конопля Е.Ф. Радиологические и медико-биологические последствия Чернобыльской катастрофы // Проблемы воссоздания социально-экологического про-

Высокие концентрации загрязняющих веществ в экологических компонентах городской среды приводят к появлению так называемых “экологических заболеваний”.

В их числе: химическая астма; Киришский синдром²⁵ (тяжелая аллергия, связанная с выбросами от производства белково-витаминных концентратов); синдром тикеров, который развивается у детей в зонах нефтеперерабатывающей промышленности; общая иммунная депрессия при интоксикации тяжелыми металлами, диоксинами и др.; болезнь Юшо²⁶, связанная с действием на организм ребенка полихлорированных бифенилов. На Урале появилось заболевание, получившее название “картофельной болезни” (симптом “хлюпающей стопы”); в Алтайском крае обнаружено заболевание, которое назвали “желтые дети”.

С загрязнением окружающей среды связана так называемая экологическая патология, когда сложившееся экологическое неблагополучие того или иного региона накладывает свой отпечаток на классическую картину течения известных болезней у детей, приводит к “омоложению целого ряда заболеваний”. Уже у детей встречаются инсульты, инфаркты миокарда, развиваются хронические нервные болезни. Ощутимым последствием мутационного загрязнения среды является рождение неполноценных новорожденных²⁷, отмечал академик АН СССР и РАН Николай Петрович Дубинин²⁸ (22 декабря 1906 (4 января 1907) — 1998).

Общее загрязнение среды обитания вызывает ослабление иммунной системы человека, что, в свою очередь, приводит к росту числа инфекционных заболеваний, а также обуславливает их характер.

Во-первых, на фоне дестабилизации социально-экономических условий жизни населения эпидемиологическая ситуация осложняется тем, что многие из заболевших людей (ОРВИ, гриппом и т.п.)

странства России и Беларуси: Материалы международной научно-практической конференции. 2–3 декабря 2003 г. Минск, 2003. С. 104.

²⁵ Этот синдром получил название по имени городка Кириши на реке Волхов (Ленинградская область), где летом 1975 г. вскоре после пуска биохимзавода произошла вспышка неизвестного ранее заболевания, которое характеризовалось одышкой, удушьем, лающим кашлем, высокой температурой, высыпанием на коже; смертельных случаев тогда не было зарегистрировано. С тех пор в экологических справочниках таких городов с синдромом “киришанки” насчитывается по всему земному шару свыше тысячи.

²⁶ В первую очередь болезнь Юшо относится к массовому отравлению людей этими соединениями на острове Кюсю, Япония, в 1968 г.

²⁷ См.: Дубинин Н.П. Очерки о генетике. М., 1985. С. 88–89, 235.

²⁸ Дубинин Николай Петрович — советский и российский генетик, основатель и разработчик многих новых направлений биологии, автор классических работ по эволюционной, радиационной, молекулярной и космической генетике, проблемам наследственности человека.

вынуждены ходить на работу из-за боязни ее потерять, что приводит к ускоренному распространению инфекции в массовых масштабах.

Так, по данным с сайта НИИ гриппа, на четвертой неделе (18–24 января 2016 г.) эпидемии гриппа в 2016 г. заболеваемость гриппом и ОРВИ в 59 городах Российской Федерации, по сравнению с предыдущей неделей, увеличилась по населению в целом (на 51,7%) и во всех возрастных группах.

Прирост заболеваемости гриппом и ОРВИ отмечен во всех федеральных округах и во всех возрастных группах. Самый высокий темп прироста на этой неделе по населению в целом был в Южном ФО (на 70,3%)²⁹.

Во-вторых, возрастает опасность распространения инфекций, называемых “возвращающимися” или “вновь возникающими”. Наглядным примером служит стремительный рост заболеваемости туберкулезом, в том числе активной формой болезни, холерой, менингитом и даже оспой.

Так, сейчас заболеваемость и смертность от туберкулеза в России находится на уровне, который развитые страны успешно преодолели 30–40 лет назад, зачастую она преодолевает эпидемиологический порог.

В начале XXI в. туберкулез как общебиологическая проблема остается важной задачей ветеринарных и медицинских специалистов большинства стран мира. Эпидемическая и эпизоотическая ситуация по туберкулезу продолжает оставаться напряженной. Отмечается рост заболеваемости туберкулезом людей в большинстве стран мира, в том числе и в России. Среди впервые заболевших туберкулезом появились больные с остропротекающими формами туберкулеза, выделяющие устойчивые микобактерии туберкулеза к основным противотуберкулезным препаратам. Сохраняется высокий уровень резервуара этой инфекции. Больные животные и полученная от них продукция могут служить источником заражения людей, что приводит к осложнению эпидемиологической обстановки по туберкулезу среди населения³⁰.

В-третьих, официальная статистика в России регистрирует лишь часть опасных инфекционных заболеваний, притом что в последние два-три десятилетия описано более 20 неизвестных инфекционных болезней, многие из которых представляют большую эпидемическую опасность и характеризуются высокой летальностью.

²⁹ Грипп в России. URL: <http://www.rmj.ru/news/gripp-v-rossii/>

³⁰ Мухтаруллина А.И., Тазова Л.Н. Распространенность туберкулеза в Российской Федерации. URL: <http://www.scienceforum.ru/2015/1099/8415>

В целом, как полагают специалисты, если данные неблагоприятные тенденции будут развиваться, то мало кто сможет выжить в завтрашней городской жизни, не будучи травмирован ею физически и духовно. Скорее всего, психологически и физиологически население больших агломераций превратится в “суррогат человечества”³¹.

Безусловно, многие негативные процессы, связанные с общественным здоровьем, имеют множество причин, важнейшее место среди которых отводится сложной ситуации в системе здравоохранения практически любой страны, недоверию людей к возможностям современной медицины. Однако не менее важная роль принадлежит ухудшению материальных и экологических условий жизни значительной доли населения и социальному стрессу, ими вызванному.

Человек, разрушая свою естественную опору, убивает свою индивидуальность. Во все более серьезных психофизических расстройствах, которые вредят здоровью человека, его жизнеспособности и даже его разуму, отчетливо проявляется признак “отчуждения”, когда истерзанная телесная оболочка делает рассудок неустойчивым, мятушимся, исчезающим.

Так, исследования показали, что разрушение зеленых пространств в черте и на периферии больших городов, кроме того, что оно наносит эстетический ущерб, уничтожая “завесы” тишины и препятствуя регенерации атмосферы, имеет также и весьма серьезные психические последствия. Это постоянная усталость, нервная депрессия, злоупотребление успокаивающими и возбуждающими средствами, которые, расстраивая организм и снижая скорость рефлексов, умножают число несчастных случаев на работе и на улице, ведут к стрессам, неврозам, а часто — и к преступлениям. Таким образом, жизненная среда стала как никогда прежде болезнетворной, пагубной для процветания и даже для психического здоровья человека³².

Растущая психофизическая нищета как следствие вредных экологических явлений толкает к насилию детей, предоставленных улице и ее соблазнам, обитателей больших жилых ансамблей, измученных шумом, туристов, посещающих редкие общедоступные участки побережий. Предупреждать и карать нарушения или даже преступления, порождаемые этой нищетой, — это еще одно финансовое бремя государства в лице полиции, юстиции и тюрем³³.

³¹ *Stephens C. et al.* Urban equity and urban health: using existing data to understand inequalities in health and environment in Accra, Ghana and St. Paulo, Brazil // *Environment and Urbanization*. 1997. N 9. P. 181–202.

³² Сен-Марк Ф. Социализация природы. М., 1977. С. 169.

³³ Там же.

Таким образом, люди, разрушая природу, запускают опасный процесс разрушения собственного здоровья.

Выше мы уже говорили о том, что с древности известен эффект несоответствия желаемого и фактически возникающего будущего — это эффект человеческой деятельности: люди желают одного, однако на самом деле все оканчивается иначе, практически наоборот³⁴. Дело в том, что отдельные характеристики деятельности людей и ее субъективного восприятия часто противоречат наличному научному знанию. В их основе — “социальная эйфория” от сиюминутного результата (выгоды), непонимание или даже нежелание понять то, как определенное деструктивное поведение в настоящем скажется на жизни в будущем.

Одним из видов подобного поведения, а также серьезной социальной проблемой является нездоровый образ жизни современного человека, выступающий, в свою очередь, важнейшим фактором развития многочисленных заболеваний. С одной стороны, люди, особенно молодые, редко задумываются о последствиях вредных привычек, избыточного или неправильного питания, а также гиподинамии. С другой стороны, общество крайне мало делает для того, чтобы обучать людей сберегающим здоровье технологиям. Особую проблему представляют интересы бизнеса крупных и мощных корпораций, которые рекламируют по телевидению, в газетах и журналах, в интернете, интенсивное потребление лекарственных средств и нездоровой (искусственной) пищи.

В результате воздействие негативных последствий человеческой деятельности, как правило, реально осознается социальными общностями только после достаточно длительного вызревания, т.е. уже в виде объективных разнообразных угроз уровню и качеству жизни.

Особое место в ряду экзогенных (социально сконструированных) факторов, влияющих на общественное здоровье, занимает система здравоохранения (медицинского обслуживания населения). Существующая система здравоохранения — чрезвычайно сложная социальная проблема для любого общества. Миллионы людей в мире существуют без какого-либо медицинского страхования и поэтому откладывают визит к докторам и дантистам до тех пор, пока ситуация не станет настолько серьезной, что они не могут откладывать его дальше. Последствия этого для людей — худшее состояние здоровья; “они терпят гораздо больше лишней боли и дискомфорта и умирают каждый год из-за отсутствия доступа к бесплатной ме-

³⁴ Козлова О.Н. Конструирование экологического будущего и образование // Истоки единства: проблемы воссоздания социально-экологического пространства России и Беларуси. М., 2002. С. 95.

дицинской помощи”³⁵, — подчеркивает известная американская журналистка, занимающаяся проблемами медицины в США, Лаура Унгар (Laura Ungar).

Превалирующая в современном мире платная система медицинских услуг населения приводит к тому, что люди, особенно с умеренными доходами или живущие у “черты бедности”, вынуждены тратить свои скудные средства (сбережения) на оплату визитов к врачу, стоматологическую помощь и т.п. В результате у них остается меньше денег на покупку качественных продуктов питания, транспорт, отдых и на другие расходы, что, в свою очередь, негативно влияет на их здоровье³⁶.

Как отмечает американский ученый Гарольд Кербо (Harold R. Kerbo)³⁷, “хорошее здоровье неравномерно распределено через существующую стратификационную систему из-за того, что несправедливо распределено медицинское обслуживание, отвечающее современным требованиям”³⁸.

Таким образом, с различных точек зрения (например, малоимущих, детей малоимущих, пожилых с низкими доходами, служащих, корпораций), налицо множество печальных последствий либерализации системы здравоохранения³⁹, — так считает американский социолог Грейс Будрыс (Grace Budrys).

Существует множество проектов идеальной системы здравоохранения, которые выстраиваются вокруг следующих ключевых критериев:

- системой бесплатного медицинского обслуживания должны быть охвачены все граждане;
- все граждане должны получать качественное и высокотехнологичное медицинское обслуживание;
- все граждане должны получать медицинскую помощь своевременно;
- все категории медицинского персонала должны быть высококвалифицированными и получать достаточную плату за свои услуги;

³⁵ Ungar L. Support swells for universal health care // Louisville Courier Journal. 2006. 30 Jan. P. 10.

³⁶ Carroll J.R. Canada’s lure: low-cost prescription drugs // Louisville Courier Journal. 2003. 14 Sept. P. 1, 7.

³⁷ Примечательно, что профессор Гарольд Кербо — ведущий консультант Фонда Фулбрайт по стратификации, профессор Калифорнийского политехнического университета выступил на социологическом факультете МГУ 4 и 5 сентября 2007.

³⁸ Kerbo H.R. Social stratification and inequality: class conflict in historical, comparative, and global perspective. Boston, 2006. P. 38.

³⁹ См. также: Budrys G. Unequal health: how inequality contributes to health or illness. Lanham, 2003.

— фармацевтические компании должны устанавливать социально обоснованные цены на свою продукцию.

В известной степени данным критериям отвечают национальные системы здравоохранения таких стран, как Германия, Канада и Великобритания.

Первая государственная система медицинского обслуживания населения, которая “до сих пор... остается одной из самых всеобъемлющих в мире”⁴⁰, была создана в Германии в конце 1800-х гг. первым ее канцлером Отто фон Бисмарком (Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen, 1815–1898). В настоящее время система медицинского страхования в этой стране включает:

— медицинское, стоматологическое и стационарно-больничное обслуживание;

— лекарства, отпускаемые по рецепту врача;

— профилактическое обслуживание населения;

— реабилитационное лечение в санаториях.

Пациенты не платят франшизы, хотя существует минимальная плата за линзы, зубные протезы, лекарства по рецепту и первые 14 дней пребывания в больничном стационаре.

Показатель всеохватности немецкого государственного медицинского страхования — пособия по нетрудоспособности. Например, щедрые “материнские пособия” компенсируют полный размер заработной платы матери в течение 6 недель до рождения и 8 недель после рождения ребенка.

Граждане, имеющие доход ниже определенного (примерно 75% населения), должны быть частью этой системы, а те, чей доход выше определенного, могут стать частью этой системы. Две трети людей, имеющих доход выше определенного уровня, и те, у кого есть выбор в отношении национальной программы медицинского обслуживания, выбирают именно ее⁴¹.

Таким образом, германская система обеспечивает “равные преимущества как работающим, так и безработным. Если немецкий рабочий теряет работу, он все равно остается охваченным медицинским страхованием. Кроме того, пациенты могут выбирать врача, которого они хотят, а сами врачи получают заработную плату, основанную на соглашении между ассоциациями докторов и ассоциациями, которые руководят государственной системой медицинского обслуживания”⁴².

⁴⁰ Graig L.A. Health of nations: an international perspective on us health care reform. Washington, 1999. P. 50.

⁴¹ Ibid. P. 50–51, 53.

⁴² Graig L.A. Health of nations: an international perspective on us health care reform. P. 58.

В Канаде идея государственной системы здравоохранения берет свое начало с 1940-х гг., когда опрос общественного мнения, проведенный институтом Гэллапа, выявил, что 80% канадцев выступают за государственную систему медицинского обслуживания, а Канадская медицинская ассоциация, представляющая канадских врачей, также поддержала создание подобной системы⁴³.

Канадская система здравоохранения объединяет 12 подсистем, представляющих 10 провинций и 2 области. Врачи имеют независимые частные практики и получают гонорары за свои услуги, которые четко определены. Больницы преимущественно являются частными некоммерческими организациями⁴⁴.

Система здравоохранения каждой провинции или области должна отвечать четырем критериям, установленным федеральным правительством.

Во-первых, каждый план лечения (стандарт) медицинского обслуживания должен быть всесторонним, включающим множество услуг.

Во-вторых, каждый стандарт формируется и управляется гласно, через ведомства правительства провинции.

В-третьих, каждый проект доступен для всего населения провинции.

В-четвертых, граждане из одной провинции, посещая другую провинцию, могут получать медицинское обслуживание там. Больницы остались частными некоммерческими организациями, но вместо того чтобы получать компенсации от страховых компаний, они дотируются государством. Следовательно, канадские граждане, вместо того чтобы напрямую платить докторам, госпиталям или страховым компаниям, которые затем оплатят врачей и услуги больниц, просто платят налоги государству, которое напрямую финансирует врачей и больницы.

Как отмечает известный специалист по национальному здоровью Лорен Грейг (Laurene Graig), отмена двойственной системы медицинского обслуживания, состоящего из тех, кто мог заплатить, и из тех, кто не мог, стало большим преимуществом. Федеральное правительство решило, что лучший способ избежать подобной системы — предпринять серьезный шаг по объявлению вне закона частного медицинского страхования для каких-либо услуг, охватываемых системами провинций. Универсальная больница провинций и медицинские системы, таким образом, заняли место всех возможных видов страхования, которые существовали до того мо-

⁴³ Graig L.A. Op. cit. P. 124–125.

⁴⁴ Ibid. P. 123.

мента: частного, некоммерческого, общественного. Правительства провинций стали единственными закупщиками общественно застрахованного больничного и медицинского обслуживания. К середине 1970-х гг. 95% всех затрат на больничное и медицинское обслуживание было оплачено через системы здравоохранения провинций и 100% населения имело всеобъемлющую частную страховку здоровья⁴⁵.

Канадцы посещают врачей по собственному выбору и предъявляют медицинскую карту. По существу, они освобождены от необходимости заполнять какие бы то ни было формы, платить какие-либо взносы или франшизы⁴⁶.

Хотя именно этот факт часто становится причиной конфликта между ассоциациями докторов и правительствами провинций по поводу того, сколько платить докторам за услуги, которые они предоставляют. Местные правительства пытаются удержать растущие расходы на медицину, тогда как доктора хотят получить справедливую плату за услуги, ими оказываемые. В результате некоторые доктора — приблизительно 1% — покинули Канаду⁴⁷.

Таким образом, даже при наличии государственной системы здравоохранения имеет место всесторонний конфликт интересов, процесс обсуждения условий и изменений.

В Великобритании существует так называемая Государственная служба здравоохранения (NHS), от которой зависит все население этой страны в плане потребностей в медицинском обслуживании. Правительство страны играет ключевую роль, большую, чем в Соединенных Штатах, Германии или Канаде, т.е. правительство финансирует систему здравоохранения и управляет ею⁴⁸.

Британская система здравоохранения “обеспечивает основательную заботу от колыбели и до гробовой доски, вне зависимости от способности заплатить и бесплатна для пациента в пунктах медицинского обслуживания”⁴⁹.

Фраза “бесплатна для пациентов” (“free to the patient”) означает, что пациенты не платят денег, когда приходят к врачу, но они платят федеральному правительству налоги, а правительство, в свою очередь, платит врачам и госпиталям. В 1997 г. правительство потратило 6,7% валового внутреннего продукта на медицинское обслуживание, тогда как Соединенные Штаты потратили на здраво-

⁴⁵ *Graig L.A.* Op. cit. P. 128.

⁴⁶ *Ibid.* P. 131.

⁴⁷ *Ibid.* P. 144.

⁴⁸ *Ibid.* P. 153.

⁴⁹ *Ibid.* P. 154.

охранение 13,6% ВВП (или почти в два раза больше денег), тем не менее, различные показатели здоровья (такие как детская смертность и средняя продолжительность жизни) в этих двух странах были подобны.

Таким образом, британская система здравоохранения стоит вполтину меньше стоимости американской системы. Две ключевые проблемы, которые имеет британская система, но не имеет американская, состоят в следующем: длинные листы ожидания на получение медицинского обслуживания и недостаток технических средств. В то же время несмотря на это, одна шестая американцев не имеет медицинской страховки, а в Великобритании все граждане охвачены системой страхования. Даже лекарства, отпускаемые по рецепту (которые являются политическим камнем преткновения в Соединенных Штатах), в Великобритании практически бесплатны. Суть в том, что некоторые граждане вынуждены вносить платежи, но 80% выписываемых медикаментов распределяются бесплатно⁵⁰.

В любой национальной системе здравоохранения в любой стране будут существовать конфликты имущественных интересов, постоянное желание большего или меньшего от чего-либо, основанное на интересах определенных групп и т.д. Великобритания не исключение. И хотя Великобритания в состоянии удержать на относительно низком уровне затраты на здравоохранение, ее граждане хотят большего количества услуг. Кроме того, население Великобритании, как и население США, стареющее и, следовательно, чем больше будет старых людей, тем больше потребуется услуг. Несмотря на то что время ожидания перед приемом врача или получением медицинского обслуживания не увеличивалось в Великобритании с 1960-х гг., число людей в списках ожидания возросло. Таким образом, стареющее население, требования большего количества услуг, большее число людей в списках ожидания и постоянно меняющаяся экономика создают условия для постоянных трансформаций в британской системе здравоохранения. Материальные интересы пациентов, налогоплательщиков, врачей, больниц и правительства — все работает на то, чтобы оказать давление на любую систему здравоохранения.

Никто не знает, что случится в ближайшем будущем. Однако есть несколько моментов, заданных последними тенденциями в нашей стране. Эти последние тенденции следующие.

⁵⁰ Ibid. P. 157.

Во-первых, стоимость медицинского обслуживания существенно повышается, ставя все больше людей перед этой разрастающейся проблемой.

Во-вторых, все больше корпораций и некоммерческих организаций сокращают, либо отменяют страхование для своих служащих. К примеру, в 2000 г. 69% американских корпораций обеспечивали медицинское страхование для своих служащих, тогда как лишь 60% предоставляли ее в 2006 г. Последствие этого сокращения страхований состоит в том, что члены среднего класса, не пожилые и не малоимущие, поставлены под удар в связи с сокращением или полной потерей медицинского страхования⁵¹. Подобная тенденция, по всей вероятности, сделает влиятельный/важный средний класс более заинтересованным в разрешении проблем со здравоохранением в нашей стране.

В-третьих, стоимость отпускаемых по рецепту лекарств продолжает повышаться и уже повысилась до такого уровня, что пожилые расходуют все большую часть своих социальных обеспечений и пенсионных доходов на покупку необходимых им медикаментов. Это понижает стандарт их жизни, они испытывают финансовые затруднения на протяжении всех пенсионных лет.

В-четвертых, число незастрахованных людей неуклонно возрастает, списки бесплатных лекарств и видов медицинского обслуживания сокращаются, а это делает более затруднительным получение медицинского обслуживания пожилыми и малоимущими⁵².

Еще одна тенденция состоит в том, что проблема системы медицинского обслуживания обсуждается в СМИ, в результате чего, например, американцы стали более осведомлены об этой проблеме и хотят предпринять что-либо по этому поводу. Статья на передовице с заголовком “Увеличение поддержки Универсальной системы здравоохранения” в “Луисвилл куриер-джорнал” (*Louisville Courier-Journal*) от 30 января 2006 г. служит тому примером⁵³. Другой пример — передовая статья, озаглавленная следующим образом: “Нездоровая система здравоохранения требует большего, чем

⁵¹ См. подробнее: *Beauchamp D.E.* Health care reform and the battle for the body politic. Philadelphia, 1996. P. 8–13.

⁵² *Dalrymple M.* States trim Medicaid to balance budgets // *Madison Courier*. 2003. 22 Sept. P. 10; *Stolberg S.G.* House approves budget cutbacks of \$39,5 billion // *The New York Times*. 2006. 3 Febr. P. A1; *Wheeler L.* States tightening spending on Medicaid even further // *Louisville Courier-Journal*. 2003. 23 Sept. P. 4; *Yetter D.* Panel urges halt to Medicaid cuts // *Louisville Courier-Journal*. 2003. 18 Sept. P. 1, 6.

⁵³ *Ungar L.* Op. cit. P. 10.

нескольких бинтов” в “Индианаполис Стар” (*Indianapolis Star*) от 21 февраля 2006 г.⁵⁴

Действительно, на пути реализации социально эффективной системы здравоохранения возникают определенные барьеры.

Во-первых, многие из тех, кто принимает политические, экономические и социальные решения в данной области, имеют возможность получать превосходное медицинское обслуживание.

Во-вторых, медики, фармацевтические кампании и аптеки, фонды медицинского страхования рассматривают медицину как коммерцию и хотят “делать на ней деньги”.

Интересы многочисленных лоббистских групп, которые существуют в данной сфере, подкрепляются результатами псевдонаучных, в том числе и псевдонаучных социологических исследований.

Существуют признаки (индикаторы), выделенные известным американским ученым Робертом Парком в книге “Наука колдовства”. Так, результаты и выводы какого-либо исследования, выдаваемого за научное, являются сомнительными (или псевдонаучными), если:

- 1) какой-либо факт объявляется истиной без учета тех данных, которые свидетельствуют против него;

- 2) есть слишком общие и крайне неопределенные утверждения, содержание которых не может быть ни подтверждено, ни опровергнуто;

- 3) постоянно обращаются к “недавним исследованиям” или используют словосочетание “ученые говорят” без указания на конкретное исследование или на фамилии тех ученых, высказывания которых используются⁵⁵.

Следует подчеркнуть, что подобные манипуляции общественным сознанием за счет популяризации подобных псевдонаучных исследований, связанных с проблемами здоровья, приобрели в последнее время необычайный размах.

Ярким примером служит публикация результатов опроса населения “Какой должна быть система здравоохранения в России?”. Так, в ней (без указания авторов) утверждается, что, по мнению каждого второго россиянина (51%), система здравоохранения в стране должна быть смешанного типа. За смешанную систему медпомощи населению чаще остальных выступают россияне старше 50 лет (61%)⁵⁶.

⁵⁴ *Feldman R.* Ailing health system needs more than a few band-aids // *Indianapolis Star*. 2006. 21 Feb. P. 6.

⁵⁵ *Park R.L.* Voodoo science: the road from foolishness to fraud. N.Y., 2000.

⁵⁶ Социологический опрос: “Какой должна быть система здравоохранения в России?” // Лечащий врач. Медицинский журнал. URL: <http://www.lvrach.ru/news/13222714/>

Однако ни параметры выборочной совокупности, ни какие-либо данные, относящиеся к программным и процедурным моментам подобного исследования, не прописываются — указывается лишь то, что в опросе приняли участие 1800 представителей экономического активного населения страны.

В-третьих, определенные действия на пути создания подобной системы дают, как говорят в социологии, “парадоксальные эффекты”, когда достигается не позитивный, а негативный социальный результат.

Примером тому служат периодические профилактические осмотры отдельных групп населения, которые превратились в профанацию и стали очередным бесперебойным источником легких доходов для целого ряда медицинских учреждений — в первую очередь, психоневрологических и наркологических диспансеров, которые просто собирают деньги за выдачу справок.

Таким образом, создание высококачественной системы здравоохранения остается важнейшей и очень злободневной социальной проблемой.

Социологический анализ состояния социальной проблемы общественного здоровья в эпоху глобализации действительно позволяет сформулировать представления о различных вариантах решения этой социальной проблемы. Многие социологи обсуждают эти варианты и часто предлагают тот, который с их точки зрения является наиболее перспективным для развития общества.

Однако сфера социального управления очень сложна, а конкретные управленческие решения предполагают учет не только социологических данных, но и многих других — экономических, политических, культурных, технических и т.п. факторов. Но решения, предлагаемые социологами, могут быть очень привлекательными для общества или для его отдельных групп. Однако они не всегда отвечают тем имеющимся экономическим или социально-политическим условиям, сведениями о которых располагают только лица, уполномоченные принимать непосредственные решения, а также конкретным интересам этих лиц.

Тем не менее, если общество действительно желает, чтобы общественное здоровье его членов улучшалось, то социология может помочь понять, как это желание реализовать.

На наш взгляд, общественное здоровье, как и здоровое общество конструируется социально и оно может быть улучшено, если обеспечить достойное место выявлению и изучению конкретных социальных проблем, связанных с экзогенными факторами общественного здоровья. Даже определенные сдвиги в сторону безопасности россиян такой социальной проблемой, как обществен-

ное здоровье, позволит сформировать новое общественное сознание, отражающее реальные жизненно важные интересы личности и общества.

В данной связи представляется целесообразным инициация широкой и многоуровневой общественной дискуссии по поводу общественного здоровья российских граждан, существующей у нас системы медицинского обслуживания и целому ряду других важнейших социальных, психологических и медицинских вопросов, с ней связанных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М., 1995.

Гидденс Э. Социология. М., 1999.

Грипп в России. URL: <http://www.rmj.ru/news/gripp-v-rossii/>

Дубинин Н.П. Очерки о генетике. М., 1985.

Дюркгейм Э. Метод социологии // Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение. М., 1995.

Ефимов К.М. Качественное водоснабжение как условие экологической безопасности // Россия на пути к возрождению. Социальная и социально-политическая ситуация в России в 2003 году / Под ред. Г.В. Осипова, В.Н. Кузнецова, В.В. Локосова. М., 2004.

Козлова О.Н. Конструирование экологического будущего и образование // Истоки единства: проблемы воссоздания социально-экологического пространства России и Беларуси. М., 2002.

Коммерсантъ — ДЕНЬГИ. 2001. 21 февраля. № 7 (311).

Коноля Е.Ф. Радиологические и медико-биологические последствия Чернобыльской катастрофы // Проблемы воссоздания социально-экологического пространства России и Беларуси: Мат-лы междунар. науч.-практ. конф. 2–3 декабря 2003 г. Минск, 2003.

Ленуар Р., Мерлье Д., Пэнто Л., Шампань П. Начала практической социологии / Отв. ред. и предисл. Н.А. Шматко; послесл. А.Т. Бикбова. М., 2001.

Мухтаруллина А.И., Тазова Л.Н. Распространенность туберкулеза в Российской Федерации. URL: <http://www.scienceforum.ru/2015/1099/8415>

О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году: государственный доклад. М., 2003.

О состоянии и охране окружающей среды Санкт-Петербурга и Ленинградской области в 2002 году: государственный доклад. СПб., 2003.

Осипов Г.В. Введение в социологическую науку. М., 2010.

РосБизнес Консалтинг — Новости. 2002. 18 мая.

Сен-Марк Ф. Социализация природы. М., 1977.

Социологический опрос: “Какой должна быть система здравоохранения в России?” // Лечащий врач. Медицинский журнал. URL: <http://www.lvrach.ru/news/13222714/>

Фромм Э. Здоровое общество. М., 2006.

Фуко М. Психическая болезнь и личность / Предисл. и коммент. О.А. Власовой. СПб., 2010.

Экология, охрана природы и экологическая безопасность / Под общ. ред. В.И. Данилова-Данильяна. М., 1997.

REFERENCES

Air pollution linked to DNA mutation // The Associated Press. 2004. 14 May.
Beauchamp D.E. Health care reform and the battle for the body politic. Philadelphia, 1996.

Benedict R. Anthropology and abnormal // Journal of General Psychology. 1934. Vol. 10. P. 59–80.

Berger P., Lukman T. Social'noe konstruirovanie real'nosti. Traktat po sociologii znaniya. M., 1995.

Budrys G. Unequal health: how inequality contributes to health or illness. Lanham, 2003.

Carroll J.R. Canada's lure: low-cost prescription drugs // Louisville Courier Journal. 2003. 14 Sept.

Chovin P., Roussel A. La pollution atmosphérique. P., 1968.

Dalrymple M. States trim Medicaid to balance budgets // Madison Courier. 2003. 22 Sept.

Djurkgejm Je. Metod sociologii // Djurkgejm Je. Sociologija. Ee predmet, metod, prednaznachenie. M., 1995.

Dubin N.P. Ocherki o genetike. M., 1985.

Efimov K.M. Kachestvennoe vodosnabzhenie kak uslovie jekologicheskoy bezopasnosti // Rossiya na puti k vozrozhdeniju. Social'naja i social'no-politicheskaja situacija v Rossii v 2003 godu / Pod red. G.V. Osipova, V.N. Kuznecova, V.V. Lokosova. M., 2004.

Feldman R. Ailing health system needs more than a few band-aids // Indianapolis Star. 2006. 21 Feb.

Fromm Je. Zdorovoe obshhestvo. M., 2006.

Fuko M. Psihicheskoe bolezni' i lichnost' / Predislovie i kommentarii O.A. Vlasovoj. SPb., 2010.

Giddens Je. Sociologija. M., 1999.

Graig L.A. Health of nations: an international perspective on us health care reform. Washington, 1999.

Gripp v Rossii. URL: <http://www.rmj.ru/news/gripp-v-rossii/>

Jekologija, ohrana prirody i jekologicheskaja bezopasnost' / Pod obshh. red. V.I. Danilova-Danil'jana. M., 1997.

Kerbo H.R. Social stratification and inequality: class conflict in historical, comparative, and global perspective. Boston, 2006.

Kommersant—DEN'GI. 2001. 21 febr. N 7 (311).

Konoplja E.F. Radiologicheskie i mediko-biologicheskie posledstvija Chernobyl'skoj katastrofy // Problemy vossozdanija social'no-jekologicheskogo prostranstva Rossii i Belarusi: Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. 2–3 dekabrja 2003 g. Minsk, 2003.

Kozłova O.N. Konstruirovanie jekologicheskogo budushhego i obrazovanie // Istoki edinstva: problemy vossozdanija social'no-jekologicheskogo prostranstva Rossii i Belarusi. M., 2002.

Lenuar R., Merl'e D., Pjento L., Shampan' P. Nachala prakticheskoi sociologii / Otv. red. i predisl. N.A. Shmatko; poslesl. A.T. Bikbova. M., 2001.

McGranahan G., Satterthwaite D. Forthcoming: environmental health or ecological sustainability. Reconciling the brown and green agendas in urban development // Sustainable Cities in Developing Countries / Ed. by C. Pugh. L., 2000.

Muhtarullina A.I., Tazova L.N. Rasprostranennost' tuberkuleza v Rossijskoj Federacii. URL: <http://www.scienceforum.ru/2015/1099/8415>

O sostojanii zdorov'ja naselenija Rossijskoj Federacii v 2002 godu: gosudarstvennyj doklad. M., 2003.

Osipov G.V. Vvedenie v sociologicheskiju nauku. M., 2010.

Park R.L. Voodoo science: the road from foolishness to fraud. N.Y., 2000.

RosBiznes Konsalting — Novosti. 2002. 18 maja.

Sen-Mark F. Socializacija prirody. M., 1977.

Sociologicheskij opros: "Kakoj dolzhna byt' sistema zdravoohraneniya v Rossii?" // Lechashhij vrach. Medicinskij zhurnal. URL: <http://www.lvrach.ru/news/13222714/>

Stephens C. et al. Urban equity and urban health: using existing data to understand inequalities in health and environment in Accra, Ghana and St. Paulo, Brazil // Environment and Urbanization. 1997. N 9. P. 181–202.

Stolberg S.G. House approves budget cutbacks of \$39,5 billion // The New York Times. 2006. 3 Febr.

Ungar L. Support swells for universal health care // Louisville Courier Journal. 2006. 30. Jan.

Wheeler L. States tightening spending on Medicaid even further // Louisville Courier-Journal. 2003. 23 Sept.

Yetter D. Panel urges halt to Medicaid cuts // Louisville Courier-Journal. 2003. 18 Sept.